



**REGIONE
LAZIO**

E.C.M.



agenas.



ESPOSITO Log Out

[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > Residenziale

Formazione Residenziale

Ragione Sociale: AZIENDA USL LATINA

Id Provider: 29

Evento n° 1503

Edizione n° 1

Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ?

SI

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?

NO

Stato Evento:

VALIDO

1 Titolo del programma formativo

LE PATOLOGIE ALLERGICHE PEDIATRICHE

2 Sede

ITALIA

2.1 Regione

LAZIO

2.2 Provincia

LATINA

2.3 Comune

LATINA

2.4 Indirizzo

VIA SCARAVELLI,SNC

2.5 Luogo Evento

OSPEDALE S.M.GORETTI PALAZZINA DIREZIONALE

3 Periodo di svolgimento

3.1 Anno del piano Formativo di riferimento

2016

3.2 Data inizio

10/12/2016

3.3 Data fine

10/12/2016

4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)

9

5 Obiettivi dell'evento

5.1 Obiettivo formativo

EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI TECNICO-PROFESSIONALI

5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali

EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI TECNICO-PROFESSIONALI

5.3 Acquisizione competenze di processo

DOCUMENTAZIONE CLINICA. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura

5.4 Acquisizione competenze di sistema

APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE (EBM - EBN - EBP)

6 Programma dell'attività formativa

[PROGRAMMA + CV.pdf](#)

6.1 Docenti/ Relatori/ Tutor

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
BAVIERA	GIUSEPPE	BVRGPP49E06F943C	DOCENTE
BUCCHIARONE	NADIA	BCCNDA62H41F158Q	DOCENTE
CERIMONIALE	GIOVANNI	CRMGN54B10F224P	DOCENTE
COELLEA	MARIA GIOVANNA	CLLMGV63P68E932R	DOCENTE
DI MARCO	ANTONIO	DMRNTN64R02C034K	DOCENTE
MORANDINI	SERGIO	MRNSGR57A14Z326D	DOCENTE
PAGLIONE	MARIA	PGLMRA55M47B682P	DOCENTE

RAGNI	GIUSEPPINA	RGNGPP62H66L113C	DOCENTE
-------	------------	------------------	---------

- 7 Crediti assegnati 11,5
- 8 Tipologia Evento CORSO PRATICO FINALIZZATO ALLO SVILUPPO CONTINUO PROFESSIONALE
- 8.1 Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti) che si svolgono all'interno di congressi e convegni NON PRESENTE
- 8.2 Formazione Residenziale Interattiva PRESENTE
- 8.3 Durata effettiva dell'attività formativa interattiva rispetto alla durata totale dell'evento (in ore) 5
- 9 Responsabile Segreteria Organizzativa
- 9.1 Cognome MACCHIARULO
- 9.2 Nome GERMANA
- 9.3 Codice Fiscale MCCGMN76A67E472E
- 9.4 Telefono 07736553498
- 9.5 Cellulare 07736553404
- 9.6 E-Mail G.MACCHIARULO@AUSL.LATINA.IT
- 10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo Settoriale

Professione	Discipline
MEDICO CHIRURGO	PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA);

11 Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
CERIMONIALE	GIOVANNI	CRMGNN54B10F224P	PEDIATRA	CV G.Cerimoniale formato Europeo.pdf

- 12 Rilevanza dei docenti/ relatori NAZIONALE
- 13 Metodo di Insegnamento
- LEZIONI MAGISTRALI
 - LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO
- 14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana? SI
- 15 Quota di partecipazione? (in euro) 0,00
- 16 Numero partecipanti 80
- 17 Provenienza presumibile dei partecipanti LOCALE
- 18 Verifica presenza dei partecipanti
- FIRMA DI PRESENZA
 - SCHEDE DI VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO (VERIFICA FINALE) FIRMATE DAI PARTECIPANTI
- 19 Verifica apprendimento dei partecipanti
- CON ESAME PRATICO
 - CON QUESTIONARIO
- 20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)
- 21 Sponsor
- 21.1 L'evento è sponsorizzato NO
- 21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento NO
- 21.3 Autocertificazione assenza finanziamenti [autocertificazione finanziamento.pdf](#)

- | | | |
|----|---|--|
| 22 | L'evento si avvale di partner? | NO |
| 23 | Dichiarazione Conflitto Interessi | conflitto interessi evento.pdf |
| 24 | Esiste una procedura di verifica della qualità percepita? | SI |
| 25 | Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/ 2003 si dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM | SI |

Indietro

[Documenti](#)

[Normativa](#)

[Assistenza](#)

[Link utili](#)

Powered by [Aqe.Na.S.](#)

via Puglie, 23 - 00187 Roma - LAZIO@PEC.AGENAS.IT - cod. fisc. 97113690586

 **agenas.** AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI